

ÄIDIN TIEDOT

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Yhteydenottopuhelin: _____

Äidin tausta: eurooppalainen, afrikkalais-karibialainen, aasialainen, Lähi-idästä, muuAiempia kromosomihäiriöitä: ei todettu, 21-trisomia, 18-trisomia, 13-trisomia**TUTKIMUKSEN TILAAJA**

Neuvola / tilaaja: _____

Vastausosoite: _____

Tilaaajan puhelin: _____

TÄMÄN RASKAUDEN AIKANA

Äidin paino: _____ kg

Insuliinihoito, tyypin I diabetes ei kylläTupakointi raskauden aikana ei kylläKoeputkihedelmätyys ei kyllä → Täydennä myös alla olevat tiedot !

Munasolun luovuttajan (äiti itse / vieras luovuttaja) ikä luovutushetkellä: _____ vuotta

Alkionsiirtopäivä: _____ . _____ . 20_____

Muuta: _____

RASKAUDEN KESTO JA SIKIÖN NISKATURVOTUS

Ultraääni tehty _____ . _____ . 20_____ , CRL _____ mm → Raskauden kesto H _____ + _____

Sikiöiden lukumäärä _____ kpl Sikiön niskaturvotus (NT) _____ mm

UÄn tekopaikka: _____ UÄn tekijä: _____

VERINÄYTE

Viimeiset kuukautiset alkoivat _____ . _____ . 20_____

→ Suunniteltu verinäytepäivä (= kuukautisista laskettuna H10+0) _____ . _____ . 20_____

Postiosoite:Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKSLAB
Osasto 931, Erikoiskemia
PL 52, 20521 Turku
Puh. (02) 313 2921**Näytteiden lähetys:**Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri, TYKSLAB
Näytteiden vastaanotto / Osasto 909
Kiinamyllynkatu 4-8, 20520 Turku